

Notifica d'incapacità di guadagno

Cognome, Nome: _____ N° AVS: _____

CAP, Luogo: _____ Via, n°: _____

Professione: _____ Contratto N°: _____

1. Inizio dell'incapacità di guadagno (giorno/mese/anno) _____

2. L'incapacità di guadagno è dovuta a una malattia ad un infortunio

3. Il sinistro è stato notificato all'AI il _____

all'assicurazione infortunio il _____

all'assicurazione militare il _____

all'assicurazione malattia d'indennità giornaliera il _____

(Nome/Agenzia) _____

(Allegare copia della decisione e/o dei conteggi delle prestazioni)

4. Grado dell'incapacità di guadagno _____ % da _____ al _____

_____ % da _____ al _____

_____ % da _____ al _____

5. Nomi e indirizzi dei medici curanti (Allegarei rapporti dei medici e/gli avvisi di sinistro già rilasciati)

6. Figli minorenni e apprendisti o studenti (Allegare un certificato scolastico o di tirocinio)

Cognome e nome: _____ Data di nascita: _____

7. Autorizzazione

La persona sottoscritta autorizza il servizio medico del riassicuratore a raccogliere le informazioni necessarie e a prendere visione degli atti relativi al caso presso l'AI, l'assicurazione militare, l'assicurazione infortuni, la cassa malati, l'assicurazione perdita di guadagno nonché presso l'assicurazione sociale estera e a chiedere qualsiasi informazione utile concernente il sinistro.

Luogo et data:

Firma della persona assicurata:

Groupe Mutuel Previdenza
Rue des Cèdres 5
1920 Martigny

8. Il rapporto di lavoro è stato disdetto ?

sì no

Se sì, quando? _____

9. Le rendite saranno versate sul:

CCP N° per: _____

Conto bancario N° presso la banca: _____

a favore di: _____

(La Fondazione di previdenza effettua il versamento direttamente alla persona assicurata)

10. Da compilare dal datore di lavoro

Periodo di attività prima dell'incapacità di guadagno: dal _____ al _____

Salario AVS corrispondente: CHF _____

Osservazioni:

Allegati:

Luogo e data:

Firma del datore di lavoro:
